

ผู้สูงอายุและสภาพชีวิตความเป็นอยู่ในญี่ปุ่น

เบ็ญจา จิรภัทรพิมล*



* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้สูงอายุและสภาพชีวิตความเป็นอยู่ในญี่ปุ่น*

(Aging and Living Conditions in Japan)

1. บทนำ

ประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ถูกหยิบยกมาพิจารณากันอย่างจริงจังเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1982 ซึ่งได้มีการประชุมระดับโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเรียกว่า “the World Assembly on Aging” ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในการประชุมครั้งนั้นได้มีประเทศต่าง ๆ เข้าร่วมประชุมถึง 124 ประเทศ ผลจากการประชุมครั้งนั้นได้ข้อสรุปว่า โลกเรากำลังจะก้าวไปสู่กระบวนการของประชากรผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ โยงใยกันมากมาย จึงจำเป็นที่ทุกประเทศจะต้องให้ความสนใจและทำการศึกษ เพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหาคือจะเกิดตามมาในอนาคต หลายคนได้ฟังแล้วอาจจะนึกสงสัยว่า ทำไมเราจึงต้องให้ความสนใจศึกษาเรื่องผู้สูงอายุ ซึ่งมีไม่ใช่เป็นเรื่องลึกลับหรือพิศดารแต่ประการใด แต่ถ้าหากลองนึกทบทวนให้ดีแล้ว เราจะพบว่าในอดีตที่ผ่านมาคน มนุษย์เราส่วนใหญ่มีช่วงชีวิตไม่ยืนยาวมากนัก สังคมบางแห่งคนที่มียายุถึง 40 ปีก็นับว่าอายุมากแล้ว ในขณะที่สังคมอีกแห่งหนึ่งถือว่าอายุ 40 ปี เป็นอายุที่เพิ่งจะเริ่มต้นเท่านั้น กล่าวได้ว่า จำนวนอายุที่จะนับว่ามากหรือน้อยนี้ ย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพการพัฒนาของประเทศ ดังเป็นที่ทราบกันในอดีตว่า ประเทศที่พัฒนาแล้วประชากรจะมีอายุโดยเฉลี่ยสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา ดังนั้น เรื่องราวเกี่ยวกับผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นส่วนใหญ่ แต่ในปัจจุบันประสิทธิภาพของการพัฒนาทางด้านประชากร รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ได้ส่งผลให้ประชากรของประเทศต่าง ๆ เริ่มมีอายุยืนยาว การที่คนมีอายุถึง 70 หรือ 80 ปี จึงกลายเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นปกติธรรมดา และคนที่มียายุ 90 ปี หรือ 100 ปี เริ่มมีจำนวนมากขึ้น หลายคนเริ่มพูดถึงอายุ 120 ปี ว่าเป็นอายุเป้าหมาย แต่คำถามที่เกิดขึ้นตามมาคือว่า ถ้าสมาชิกส่วนใหญ่ของสังคมมีอายุโดยเฉลี่ย 80 ปี หรือ 90 ปีแล้ว มนุษย์เราจะดำรงชีวิตอยู่อย่างไร? และสังคมได้จัดเตรียมดำเนินการอย่างไรบ้าง? ตัวอย่างที่เห็นได้ง่าย ๆ คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำรงชีพของมนุษย์ อันได้แก่ ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า และยารักษาโรค และที่สำคัญคือ ถ้าผู้บริโภครส่วนใหญ่อายุ 80 ปี หรือ 90 ปี แล้ว ใครจะเป็นผู้ผลิต? ผู้ผลิตจะต้องผลิตเท่าไรจึงจะตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้อย่างเพียงพอ นอกจากผู้ผลิตแล้วผู้ดูแลก็เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง รวมทั้งวิธีการดูแลด้วย ในเมื่อการดูแลผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากการดูแลเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขไปจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต จะเห็นได้ว่า แม้ความมียายุยืนยาวนั้นเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของมนุษย์ทุก ๆ คน แต่คำถามก็

* งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก JSPS ปี 2539

คือว่า เราจะดำเนินการอย่างไรจึงจะทำให้คนที่มีอายุยืนยาวนั้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

ในกรณีของประเทศญี่ปุ่นนั้น กล่าวได้ว่าประเทศญี่ปุ่นได้เริ่มมีปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี 1955 กล่าวคือ คนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 5.3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (ซึ่งเป็นจำนวนที่เท่ากับกับปี ค.ศ. 1920 ที่ได้มีการทำสำมะโนประชากรในประเทศญี่ปุ่นเป็นครั้งแรก) อย่างไรก็ตาม หลังจากปี 1955 พบว่า ตัวเลขของผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปี และสูงกว่าขึ้นไป) ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังนี้ ในปี 1970 มีร้อยละ 7.1 ปี 1985 มีร้อยละ 10.3 และปี 1988 มีร้อยละ 11.2 (Yoichi Okazaki และคณะ 1990) และจากการคาดประมาณของ Institute of Population Problems ที่ได้ทำการศึกษาในปี 1992 ว่าถ้าหากประเทศญี่ปุ่นมีการเพิ่มประชากรระดับกลางแล้ว ในปี 2025 ญี่ปุ่นจะมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 25.8 คือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นคือ ในทุกประชากร 4 คน จะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน (Shigemi Kono อ้างใน JARC, 1994) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลกอย่างชนิดที่ไม่เคยปรากฏในประเทศใดมาก่อน แม้แต่สังคมผู้สูงอายุอย่างยุโรปและอเมริกาเหนือ จนอาจเรียกได้ว่า ญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกของโลกที่จะเผชิญกับปัญหาคลื่นสี่เงินในศตวรรษที่ 21 (Silver Wave of The 21st Century) ดังนั้น การเอาใจจริงเอาใจกับปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด รัฐบาลญี่ปุ่นจึงได้มีมาตรการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อจะทำให้คนญี่ปุ่นทั้งประเทศสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างสะดวกสบายในอนาคต

2. นิยามและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

เมื่อพูดถึงผู้สูงอายุประเด็นคำถามที่ติดตามาคือ อายุระดับใดจึงจะถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และจะให้คำนิยามกันอย่างไร? จะใช้อะไรเป็นเกณฑ์วัดว่าประเทศหรือสังคมได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในเรื่องนี้ได้มีการเสนอดัชนีสำหรับวัดลักษณะประชากรของประเทศที่เข้าข่ายประชากรผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) วัดจากสัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยพิจารณาจากโครงสร้างอายุของประชากรของประเทศในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ถ้าหากพบว่า สัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 7 แล้ว ให้ถือว่าประเทศนั้นหรือสังคมนั้นมีประชากรสูงอายุ (UN, 1956 อ้างใน JARC, 1994) อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้เสนอความเห็นไว้สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว การมีประชากรกลุ่มอายุ 65 ปี และมากกว่าขึ้นไปเป็นสัดส่วนร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศนั้น ยังถือว่าเป็นสัดส่วนที่ไม่มากนัก ดังนั้น จึงน่าจะเปลี่ยนจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10 จะเหมาะสมกว่า

(Shigemi Kono, JARC, 1994) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าประเทศพัฒนาแล้วคนส่วนใหญ่มีอายุยืน ทำให้คนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีเป็นจำนวนมากกว่าเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนา

2) วัดจากอัตราส่วนของวัยพึ่งพิง (dependency ratio) โดยพิจารณาว่าประชากรกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนต่อประชากรวัยทำงาน (15-64 ปี หรือ 20-64 ปี) อย่างไร?

3) วัดจากอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อเด็ก (elderly-children ratio) ซึ่งเป็นการพิจารณาจากสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อเด็ก ปรากฏว่าดัชนีลักษณะนี้มักเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้ เพราะดัชนีดังกล่าว ไม่เพียงแต่จะแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของผู้สูงอายุเท่านั้น หากยังสามารถแสดงให้เห็นถึง ภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่คนรุ่นใหม่จะต้องรับผิดชอบต่อไปในอนาคต

การมีอายุยืนยาวเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมนุษย์ทุกคน แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาเกิดขึ้นตามมามากมาย ปัญหาที่เกิดขึ้นและเห็นได้ชัดเจนคือ ภาระในการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุที่คนรุ่นใหม่ จะต้องรับผิดชอบทั้งในด้านการเงินและการจัดการ ซึ่งในเรื่องนี้ได้มีแนวคิดแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กล่าวคือ แนวคิดหนึ่งเห็นว่าสังคมและรัฐควรเป็นผู้รับผิดชอบ ในขณะที่อีกแนวคิดหนึ่งเห็นว่า สถาบันครอบครัวควรเป็นผู้รับผิดชอบ แต่เท่าที่มีการดำเนินงานมาได้มีงานศึกษาหลายชิ้นที่ค้นพบตรงกันว่า ทั้งในสังคมตะวันตกและสังคมตะวันออก ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเสมอมา แม้ว่าสังคมบางแห่งจะมีรัฐบาลเข้าไปจัดดำเนินการในเรื่องนี้ โดยจัดทำเป็นงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ ในลักษณะสวัสดิการสังคมและค่ารักษาพยาบาลก็ตาม แต่ก็พบว่าครอบครัวยังคงมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างรัฐกับผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เพราะโดยความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวมากกว่า เนื่องจากว่าในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุแต่ละคนนั้น ต้องการการดูแลและการบริการอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้องการความรักและความห่วงใยจากสมาชิกภายในครอบครัว เพราะเป็นการแสดงให้เห็นว่าตนยังเป็นที่ต้องการของลูกหลานอยู่ ซึ่งหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำหน้าที่นี้ทดแทนได้ ยกตัวอย่างเมื่อผู้สูงอายุเกิดล้มป่วยลง แม้ว่าจะมีหน่วยงานของรัฐเข้ามาทำหน้าที่รักษาพยาบาลและดูแลเป็นอย่างดีในทุก ๆ เรื่อง แต่ก็ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจของผู้สูงอายุได้เท่ากับบุคคลในครอบครัว ดังนั้น Allan (1985) จึงได้ย้ำถึงความสำคัญของครอบครัวว่า จะต้องมีบทบาทในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และได้เสนอว่าเมื่อสังคมก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น ย่อมเป็นที่แน่นอนที่ครอบครัวซึ่งทำหน้าที่ดูแล จำเป็นจะต้องมีต้นทุนทั้งในด้านการเงินและมิใช่ด้านการเงินเพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ ในทางด้านการเงินนั้นเมื่อสมาชิกครอบครัวมีอายุยืนยาวขึ้น ย่อมเป็นที่แน่นอนว่าจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่าย เกี่ยวกับการ

รักษาสุขภาพและด้านยารักษาโรคตามมา ดังนั้น จึงจำเป็นที่สมาชิกของครอบครัวทุกคน จะต้องเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบในเรื่องนี้ ในส่วนที่มีได้เกี่ยวกับการเงินนั้น ก็เป็นเรื่องของการเฝ้าดูแลผู้สูงอายุซึ่งในแง่ของการดูแลผู้สูงอายุนั้น กล่าวได้ว่าเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลามากพอ ๆ กับการทำงานเต็มเวลาเลยทีเดียว การดูแลผู้สูงอายุเป็นงานหนัก โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลซึ่งมีอายุมากแล้วเหมือนกัน อาทิเช่น ลูกชายหรือลูกสาวที่มีอายุ 60 ปี จำเป็นต้องดูแลบิดามารดาที่มีอายุ 80 ปี ดังนั้น งานดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนจำเป็นต้องมีส่วนร่วม รับผิดชอบร่วมกัน อย่างไรก็ตาม Allan ได้ตั้งเป็นข้อสังเกตว่า ภาระงานดูแลผู้สูงอายุที่หนักที่สุดมักตกอยู่ในความรับผิดชอบของผู้หญิงในครัวเรือน โดยเฉพาะญี่ปุ่นนั้นภาระดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของลูกสะใภ้ (Allan, 1985 อ้างใน JARC, 1994) ซึ่งตามประเพณีญี่ปุ่นนั้นสตรีจะต้องมีหน้าที่ปรนนิบัติและดูแลทุกข์สุขของสมาชิกครอบครัวทุกคน ดังนั้น ผู้หญิงญี่ปุ่นซึ่งอยู่ในฐานะลูกสะใภ้จึงจำเป็นต้องมีหน้าที่ดูแลบิดามารดาของสามีที่มักจะอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับบุตรชายตามประเพณีเช่นกัน

อย่างไรก็ตามได้มีการเสนอความคิดว่า เมื่อประชากรส่วนใหญ่มีแนวโน้มของการมีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ อันเนื่องมาจากความเสื่อมของชีวภาพตามมา ดังนั้น จึงได้มีการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยการส่งเสริมให้ทุกคนหันมาเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อที่จะได้มีอายุยืนยาวและมีร่างกายแข็งแรงสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมอันจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าไปจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (JARC, 1994) ข้อเสนอที่กล่าวมานี้จึงเป็นการให้ความสนใจดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเลยทีเดียว สำหรับประเทศญี่ปุ่นนั้น การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการเสนอความคิดเห็นว่าการแก้ปัญหาผู้สูงอายุที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ครั้งหลังของทศวรรษ 50 น่าจะได้มีการทบทวนถึงแนวคิดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ประการที่หนึ่ง ให้ทำการศึกษาถึงแนวคิดเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาว่าแนวคิดที่เคยมีมาแต่เดิมกับแนวคิดในปัจจุบัน จะเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ทั้งนี้ เพราะว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันแตกต่างจากผู้สูงอายุในอดีตเมื่อ 20 ปีที่แล้ว และอาจจะแตกต่างกับผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ในแง่ของการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ภาวะสุขภาพ รวมทั้งระบบค่านิยม ดังนั้น แนวคิดในอดีตที่มีการนำผู้สูงอายุไปอยู่รวมกันในสถานที่แห่งใดแห่งหนึ่ง จึงไม่อาจนำมาใช้กับผู้สูงอายุในปัจจุบันและในอนาคตได้ ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีความแตกต่างกันทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และอายุ กล่าวคือ มีทั้งคนรวยและคนจนซึ่งบางคนก็ยังมีสุขภาพแข็งแรงในขณะที่บางคน

ต้องกลายเป็นคนป่วย บางคนมีอายุน้อยไม่แก่มากนัก (Young-old) ในขณะที่บางคนมีอายุแก่มาแล้ว (Old-old) ซึ่งลักษณะแตกต่างดังที่กล่าวมานี้ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกันไป

ประการที่สอง เป็นเรื่องของต้นทุนทางสังคมที่ทุกคนในชาติ จะต้องรับผิดชอบร่วมกัน ต้นทุนทางสังคมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุคือ ค่ารักษาพยาบาลและเงินบำนาญที่จะต้องจ่ายให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วก็ย่อมหมายความว่า ต้นทุนทางสังคมจะต้องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามไปด้วย วิธีการหนึ่งที่จะบรรเทาปัญหาดังกล่าวได้ ก็โดยการใช้นโยบายดูแลผู้สูงอายุด้วยการคิดค้นหายา รวมทั้งวิธีการในการรักษาและป้องกันโรคต่าง ๆ เพื่อจะได้ชะลอการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและผู้ที่ต้องนอนอยู่บนเตียง (Bed-ridden) นอกจากนั้น การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและแข็งแรงพอที่จะยังคงทำงานได้ต่อไปหลังจากที่อายุครบเกษียณแล้วนั้น จะทำให้สามารถเลื่อนระยะการจ่ายเงินบำนาญออกไปอย่างน้อยก็ชั่วระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้น การกำหนดอายุเกษียณก็ควรจะได้นำมาทบทวนใหม่

ประการที่สาม จะต้องมีการทบทวนหรือทำการศึกษาใหม่ เกี่ยวกับความคิดหรือทัศนคติที่ว่า ผู้สูงอายุไม่ก่อให้เกิดการผลิต (Unproduction) ทั้งนี้ เพราะในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่ยังคงมีความสามารถที่จะทำการผลิตได้ แต่ทว่าระบบที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุทำการผลิตได้นั้นยังไม่มี ทั้ง ๆ ที่ความจริงผู้สูงอายุจำนวนมากต่างมีการศึกษาดี และมีประสบการณ์ในการทำงานมายาวนาน ดังนั้น ถ้าหากสังคมได้ตระหนักในความเป็นจริงดังกล่าว รวมทั้งมีนโยบายในเชิงบวกต่อผู้สูงอายุแล้ว ย่อมจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถยังคงอยู่ในตลาดแรงงานเพื่อทำการผลิตได้ต่อไป ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะเป็นการช่วยลดภาระทางสังคมลงได้บ้าง

ประการสุดท้ายที่จะต้องตระหนักอยู่เสมอคือ กระบวนการมีอายุยืนนั้นเป็นผลมาจากการลดภาระเจริญพันธุ์ที่คนญี่ปุ่นทุกคนได้ตัดสินใจเลือกแล้ว

3. ลักษณะของประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

3.1 โครงสร้างอายุของประชากรญี่ปุ่น

ข้อมูลจากตารางที่ 1 และ 2 ได้แสดงให้เห็นถึงร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่วัดจากดัชนีทั้ง 3 แบบ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นได้เริ่มมีประชากรผู้สูงอายุ (ตามนิยามของ UN) ที่เห็นได้ชัดเจนมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ตัวเลขของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ในอดีตมาจนถึงปัจจุบัน และมีการคาดประมาณว่าจะเพิ่มมากยิ่งขึ้นในอนาคต Institute of Population Problems ได้ทำการศึกษาในปี 1992 และคาดการณ์ว่าถ้าหากประชากรมีการเพิ่มในระดับกลางแล้ว ในปี 2025

ประเทศญี่ปุ่นจะมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 25.8 คือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั่วประเทศ นั่นคือ ในทุกประชากร 4 คน จะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน (Shigemi Kono อ้างใน JARC, 1994) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลกอย่างชนิดที่ไม่เคยปรากฏในประเทศใดมาก่อน แม้แต่สังคมผู้สูงอายุอย่างยุโรปและอเมริกาเหนือ ดังนั้น การเอาจริงเอาจังกับปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด รัฐบาลจึงต้องมีมาตรการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้คนญี่ปุ่นทั้งประเทศสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างสะดวกสบายในอนาคต

ตารางที่ 1 แนวโน้มของโครงสร้างประชากร: 1968-1989

(ร้อยละ)

ปี	ประชากรแบ่งตามกลุ่มอายุ			อัตราส่วนของอายุที่เป็นภาวะ			อัตราส่วน คนแก่/เด็ก
	0-14	15-64	65+	รวม	เด็ก	คนแก่	
1868	30.36	63.88	5.76	56.5	47.5	9.0	19.0
1898	32.50	61.70	5.08	62.1	52.7	9.4	17.9
1920	36.48	58.26	5.26	71.6	62.6	9.0	14.4
1925	36.70	58.24	5.06	71.7	63.0	8.7	13.8
1930	36.59	58.66	4.75	70.5	62.4	8.1	13.0
1935	36.89	58.46	4.66	71.1	63.1	8.0	12.6
1940	36.08	59.19	4.73	69.0	61.0	8.0	13.1
1947	35.30	59.90	4.79	66.9	58.9	8.0	13.6
1950	35.41	59.64	4.94	67.7	59.4	8.3	13.9
1955	33.44	61.24	5.29	63.3	54.6	8.7	15.9
1960	30.15	64.12	5.72	55.9	47.0	8.9	19.0
1965	25.73	67.98	6.29	47.1	37.9	9.2	24.4
1970	24.03	68.90	7.06	45.1	34.9	10.3	29.4
1975	24.32	67.72	7.92	47.6	35.9	11.7	32.6
1980	23.50	67.35	9.10	48.4	34.9	13.5	38.7
1982	22.96	67.48	9.56	48.2	34.0	14.2	41.6
1983	22.52	67.71	9.77	47.7	33.3	14.4	43.4
1984	22.04	68.01	9.94	47.0	32.4	14.6	45.1
1985	21.51	68.16	10.30	46.7	31.6	15.1	47.9
1986	20.90	68.52	10.58	45.9	30.5	15.4	50.6
1987	20.24	68.86	10.90	45.2	29.4	15.8	53.8
1988	19.53	69.24	11.23	44.4	28.2	16.2	57.5
1989	18.82	69.57	11.61	43.7	27.1	16.7	61.7
1990	18.19	69.50	12.05	43.5	26.2	17.3	66.2
1991	17.66	69.78	12.56	43.3	25.3	18.0	71.1
1992	17.17	69.78	13.05	43.3	24.6	18.7	76.0

ที่มา: Institute of Population Problems, Ministry of Health and Welfare, Latest Demographic Statistics, 1989, 1990, Tokyo., JARC, 1994.

ตารางที่ 2 แนวโน้มของโครงสร้างประชากรในอนาคต: 1990-2090

(ร้อยละ)

ปี	ประชากรแบ่งตามกลุ่มอายุ			อัตราส่วนของอายุที่เป็นภาระ			อัตราส่วน
	0-14	15-64	65+	รวม	เด็ก	คนแก่	คนแก่/เด็ก
1990	18.24	69.69	12.08	43.5	26.2	17.3	66.2
1995	16.02	69.45	14.53	44.0	23.1	20.9	90.7
2000	15.18	67.79	17.03	47.5	22.4	25.1	111.2
2005	15.64	65.24	19.12	53.3	24.0	29.3	121.2
2010	16.37	62.35	21.28	60.4	26.3	34.1	130.1
2015	16.34	59.53	24.14	68.0	27.4	40.5	147.7
2020	15.45	59.04	25.51	69.4	26.2	43.2	165.1
2025	14.50	59.71	25.79	67.5	24.3	43.2	177.8
2030	14.17	59.81	26.02	67.2	23.7	43.5	183.6
2035	14.59	58.82	26.58	70.0	24.8	45.2	182.2
2040	15.34	56.68	27.98	76.4	27.1	49.4	182.4
2045	15.79	55.82	28.37	79.2	28.3	50.9	179.8
2050	15.74	56.09	28.17	78.3	28.1	50.2	179.0
2055	15.51	57.32	27.17	74.5	27.1	47.4	175.2
2060	15.53	58.64	25.84	70.5	26.5	44.1	166.4
2065	15.97	58.95	25.08	69.6	27.1	42.5	157.0
2070	16.62	58.17	25.21	71.9	28.6	43.3	151.7
2075	17.09	57.32	25.58	74.5	29.8	44.6	149.7
2080	17.23	57.12	25.64	75.1	30.2	44.9	148.8
2085	17.16	57.62	25.21	73.5	29.8	43.8	146.9
2090	17.16	58.38	24.47	71.3	29.4	41.9	142.6

ที่มา: Institute of Population Problems, Ministry of Health and Welfare, **Population Projections for Japan: 1991-2090**, Tokyo, 1992, JARC, 1994.

เมื่อพิจารณาเฉพาะโครงสร้างอายุของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเองแล้ว พบว่า เราอาจแบ่งออกได้เป็นหลายกลุ่มและแต่ละกลุ่มจะมีจำนวนและสัดส่วนของประชากรแตกต่างกัน (ดูตารางที่ 3) แต่สิ่งที่สำคัญคือ แต่ละกลุ่มจะมีความต้องการและปัญหาที่แตกต่างกันออกไป

อย่างไรก็ดี ได้มีการเสนอความคิดเห็นในที่ประชุม* เกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ว่า น่าจะมีการแบ่งประชากรผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ เรียกว่า “The young-old” หรือ “The lower-elderly” และ “The old-old” หรือ “The upper-elderly” (ซึ่งอาจแบ่งเป็นภาษาไทยว่า “คนสูงอายุ” กับ “คนชรา”) โดยให้เหตุผลในการแยกว่า คนสูงอายุกับคนชรานั้นมีปัญหาและความต้องการแตกต่างกัน ดังนั้น ในการกำหนดนโยบายและแผนงานที่เกี่ยวกับกลุ่มผู้สูงอายุจึงควรมีรูปแบบต่าง ๆ ตามความจำเป็น อาทิเช่น ในการจัดบริการทางด้านสุขภาพอาจมีลักษณะที่แตกต่างกัน กล่าวคือ สำหรับกลุ่ม The young-old อาจต้องจัดให้มีการส่งเสริมทางด้านการรักษาสุขภาพโดยการออกกำลังกาย ทั้งนี้เพราะการมีร่างกายแข็งแรงจะช่วยยืดความเสื่อมทางชีวภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้เป็นการลดภาระการรักษายาบาลคนป่วยโดยทางอ้อมนั่นเอง แต่สำหรับ The old-old นั้น ส่วนใหญ่มักจะอยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังนั้น สิ่งที่ต้องการคือ ผู้คอยดูแลและการรักษายาบาลรูปแบบต่าง ๆ จะเห็นได้ว่ารายละเอียดในแง่โครงสร้างอายุของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ จะช่วยทำให้เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และสามารถดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ตรงจุดยิ่งขึ้น

ตารางที่ 3 ร้อยละและจำนวน (หน่วยเป็นพัน) ของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและปี

กลุ่มอายุ	1985		2000		2025	
65-74	62.2	(7,761)	60.0	(12,903)	44.7	(14,073)
75-84	31.5	(3,920)	30.5	(6,558)	40.1	(12,640)
85 ปีขึ้นไป	6.3	(785)	9.5	(2,051)	15.2	(4,796)
รวม	100.0	(12,466)	100.0	(21,512)	100.0	(31,509)

ที่มา: Ministry of Health and Welfare Survey, 1989 อ้างใน Population Aging in Asia หน้า 40.

3.2 สาเหตุของการมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

สำหรับสาเหตุของการมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนั้น อาจกล่าวได้ว่ามีสาเหตุสำคัญสองประการคือ

- 1) การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์

*International Symposium on Aging Transition จัดโดยมหาวิทยาลัย Waseda กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 14-15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2539.

หลังจากสงครามโลกครั้งที่สอง ประเทศญี่ปุ่นมีเด็กเกิดใหม่ถึง 2.7 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1949 จนถึงกับมีการกล่าวขานว่าเป็นยุคเด็กเฟื่องฟู (Baby boom) แต่หลังจากนั้นจำนวนการเกิดได้เริ่มลดลงจนเหลือเพียง 2 ล้านคนในปี 1975 และจำนวนการเกิดยังคงลดลงเรื่อยมาจนเหลือเพียง 1.22 ล้านคนในปี 1990 และในปี 1995 ญี่ปุ่นมีอัตราภาวะเจริญพันธุ์เหลือเพียง 10 ต่อ 1,000

2) การขยายอายุขัยโดยเฉลี่ย

จากการศึกษาพบว่า ในปี ค.ศ. 1947 อายุขัยโดยเฉลี่ยของผู้ชายเท่ากับ 50.1 ปี และผู้หญิงเท่ากับ 54.0 ปี แต่ในปี 1989 อายุขัยโดยเฉลี่ยได้เพิ่มสูงขึ้นเป็น 75.9 ปี สำหรับผู้ชายและ 81.8 ปี สำหรับผู้หญิง และในปี 1995 อายุขัยโดยเฉลี่ยของผู้ชายเท่ากับ 77 ปี และผู้หญิง 83 ปี ตามลำดับ การที่อายุขัยโดยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นนั้น เป็นเพราะได้มีการปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินชีวิตของประชาชาติ สาธารณสุขมูลฐาน และความก้าวหน้าทางด้านการรักษาโรคภัยไข้เจ็บในระยะหลัง ผลที่เกิดขึ้นตามมาคือ ประชากรญี่ปุ่นมีสุขภาพดีและมีอายุยืนจนเทียบเท่ากับประเทศพัฒนาอื่น ๆ ในปัจจุบัน กล่าวคือ ญี่ปุ่นมีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 12.1 (สวีเดนร้อยละ 17.6 อังกฤษร้อยละ 15.3 เยอรมันตะวันตก (เดิม) ร้อยละ 15 และสหรัฐอเมริการ้อยละ 12.1) อย่างไรก็ตาม ได้มีการคาดประมาณว่าประเทศญี่ปุ่นจะมีประชากร กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.9 ในปี 2000 อันเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลก

3.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ในปี 1989 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายงานว่า ตัวเองมีสุขภาพดีและมีเพียงส่วนน้อยที่รายงานว่า สุขภาพของตนไม่ค่อยดี (ดูตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในญี่ปุ่นจำแนกตามเพศ

ภาวะสุขภาพ	ชาย	หญิง
สุขภาพดีมาก	16.9	11.8
สุขภาพดี	14.7	13.8
สุขภาพปกติ	43.8	47.1
สุขภาพไม่ค่อยดี	19.8	22.8
สุขภาพไม่ดี	3.5	3.0
ไม่ตอบ	1.3	1.5
รวม	100.0	100.0

ที่มา: Ministry of Health and Welfare Survey, 1989 อ้างใน Population Aging in Asia หน้า 41

อย่างไรก็ตาม ในปี 1992 กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้ทำการสำรวจพื้นฐานเกี่ยวกับชีวิตของคนในชาติอีกครั้งหนึ่ง ผลจากการสำรวจพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของประชากรที่มีอายุ 55-64 ปีนั้น มีปัญหาเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ แต่สัดส่วนนี้มิได้เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

สำหรับโรคที่ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นกันมากคือ โรคความจำเสื่อมในวัยชรา (Senile dementia) ผู้ป่วยทางจิต (Mentally impaired) และผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียง (Bed-ridden) ผลจากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 1990 พบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียงมีประมาณ 730,000 คน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตมีจำนวน 790,000 คน ได้มีการคาดประมาณว่า จำนวนผู้ป่วยทั้งสองประเภทนี้จะมีเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคตเช่นเดียวกับผู้ที่เป็นโรคความจำเสื่อม ซึ่งจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้น ปัญหาในด้านการรักษาพยาบาลและดูแลก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว (ดูตารางที่ 5, 6)

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความจำเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน จำแนกตามอายุและเพศ

อายุ	ชาย	หญิง
65-69	1.6	0.8
70-74	3.0	2.5
75-79	5.3	5.1
80-84	9.7	11.8
85+	10.7	22.9
รวม	4.4	5.1

(% ของประชากรทั้งประเทศ)

ที่มา: Ministry of Health and Welfare, A Guideline of the Health Care and Welfare Plan for the Elderly, 1992;
อ้างอิงใน Aging in Japan, 1994 หน้า 90.

ตารางที่ 6 จำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียง และผู้สูงอายุที่ป่วยทางจิต และดัชนีในการเติบโตระหว่างปี 1981-2000

สภาพของ ผู้สูงอายุ	1981		1990		2000	
	จำนวน	ดัชนี	จำนวน	ดัชนี	จำนวน	ดัชนี
ผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียง	520,000	100	730,000	140	1,020,000	196
ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิต	540,000	100	790,000	146	1,130,000	209

ที่มา: Ministry of Health and Welfare, Fundamental Survey of Nation's Life, 1990 อ้างใน "Aging in Japan 1994" หน้า 90.

4. การจัดการด้านการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ

ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นว่า ปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุคือ การที่ต้องมีผู้เลี้ยงดูและดูแล ซึ่งแต่เดิมมานั้นพ่อแม่ญี่ปุ่นมักจะอยู่กับลูกชายคนโต หรืออาจจะเป็นลูกชายคนอื่น ๆ ที่แต่งงานแล้ว และผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลคือลูกสะใภ้ แต่ภายหลังจากที่ญี่ปุ่นได้พัฒนาไปสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรมก้าวหน้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาขึ้นในประเทศญี่ปุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือโครงสร้างการประกอบอาชีพ ลักษณะการประกอบอาชีพที่เปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมในรูปแบบการประกอบการขนาดใหญ่ เป็นผลให้ปัจเจกบุคคลต้องแยกจากครอบครัวเพื่อไปทำงานในที่ต่าง ๆ หนุ่มสาวมีอิสระมากขึ้นและรับเอาแบบแผนของครอบครัวเดี่ยว คล้อยตามค่านิยมแบบสังคมตะวันตก ประกอบกับลักษณะการทำงานแบบใหม่ ทำให้ทุกคนต้องทุ่มเทเวลาให้กับการทำงานอาชีพ รวมทั้งสตรีแม่บ้านก็จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ขาดผู้ที่จะมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน จึงปรากฏว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังสามเณรยาได้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวได้มีจำนวนถึง 1.9 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1992 (Office of Prime Minister, 1993 อ้างใน JARC, 1994) ข้อมูลจากตารางที่ 7 ได้แสดงให้เห็นถึง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวญี่ปุ่น ซึ่งพบว่าในทศวรรษสุดท้ายของศตวรรษนี้ ครอบครัวญี่ปุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.7) มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวที่มีสมาชิกเพียงคนเดียวได้มีเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ในทำนองเดียวกัน ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อาศัยรวมอยู่ด้วยอย่างน้อยครัวเรือนละ 1 คน (หรือเรียกว่าครอบครัวขยาย) ได้มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 54.4 ในปี ค.ศ. 1975 เหลือเพียงร้อยละ 38.5 ในปี

ค.ศ. 1991 แต่ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังสาม-ภรรยา ก็ได้เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 22.1 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 แนวโน้มของโครงสร้างครัวเรือนญี่ปุ่นจำแนกตามประเภทครอบครัว

ปี	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด (หน่วยเป็นพัน)	ครัวเรือนที่มีสมาชิก 1 คน	ครอบครัวเดี่ยว						ครัวเรือนแบบอื่น	ครัวเรือนที่ไม่มีเครือญาติ
			รวม	สามีภรรยาและลูก	สามีภรรยา	พ่อและลูก	แม่และลูก			
							สามี	ภรรยา		
1955	17,383	3.4	59.6	6.8	43.1	1.6	8.1	36.5	0.5	
1960	19,678	4.7	60.2	8.3	43.4	1.3	7.3	34.7	0.4	
1965	23,085	7.8	62.6	9.9	45.4	1.0	6.3	29.2	0.4	
1970	26,856	10.8	63.5	11.0	46.1	0.9	5.5	25.4	0.4	
1975	31,271	13.7	64.0	12.5	45.7	0.8	4.9	22.2	0.2	
1980	34,106	15.8	63.4	13.1	44.2	0.9	5.1	20.7	0.2	
1985	36,452	17.5	62.5	14.3	41.7	1.0	5.7	19.7	0.2	
1990	39,189	20.2	61.7	16.1	38.7	1.1	5.9	17.8	0.2	

ที่มา : Japan Bureau of Statistics, Population Censuses, JARC, 1994.

ตารางที่ 8 แนวโน้มของโครงสร้างครัวเรือนที่มีสมาชิกอายุ 65 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน จำแนกตามประเภทครอบครัว (ร้อยละ)

ปี	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด (หน่วยเป็นพัน)	ครัวเรือนที่มีสมาชิก 1 คน	ครอบครัวเดี่ยว				ครัวเรือนที่มีสมาชิก 3 รุ่น	ครัวเรือนแบบอื่นๆ
			รวม	สามี-ภรรยา	สามี ภรรยา และลูกที่ยังไม่แต่งงาน	พ่อหรือแม่และลูกที่ยังไม่แต่งงาน		
1975	7,118	8.6	22.7	13.1	6.7	2.9	54.4	14.4
1980	8,495	10.7	26.7	16.2	6.7	2.8	50.1	12.5
1981	8,745	11.2	26.4	16.3	6.5	3.6	49.7	12.7
1982	9,003	10.8	27.2	17.1	6.5	3.6	48.9	13.0
1983	9,015	11.6	28.2	17.7	6.5	4.0	47.4	12.7
1984	9,159	12.5	29.2	18.3	6.6	4.3	46.0	12.2
1985	9,400	12.0	29.8	19.1	6.4	4.3	45.9	12.2
1986	9,769	13.1	29.3	18.2	6.6	4.5	44.8	12.7
1987	9,954	13.0	29.9	19.0	6.3	4.6	43.9	13.2
1988	10,225	13.7	31.5	20.0	6.7	4.8	41.7	13.1
1989	10,774	14.8	32.6	20.9	6.8	4.9	40.7	11.9
1990	10,816	14.9	33.2	21.4		11.8	39.5	12.4
1991	11,613	15.6	36.5	22.1		12.0	38.5	11.7

ที่มา : Department of Statistical Information, Ministry of Health and Welfare, Kokumin Seikatsu Kiso Chosa no Gaikyo (Basic survey for

National Life), 1991, Tokyo, 1992. JARC, 1994.

นอกจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ

- 1) ความเติบโตของกระบวนการอุตสาหกรรมและการกลายเป็นเมือง ทำให้เป็นการยากสำหรับคนรุ่นใหม่ที่จะได้อยู่กับผู้สูงอายุในครอบครัว
- 2) สตรีวัยกลางคนที่เคยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านด้วยเหตุผลความจำเป็นทางเศรษฐกิจของครัวเรือน
- 3) อายุของสมาชิกครอบครัวที่คาดหวังว่าจะต้อง เป็นผู้ให้การอุปการะผู้สูงอายุในครอบครัวของตนนั้น สูงขึ้นเท่า ๆ กับการเชิบบสูงขึ้นของอายุขัยโดยเฉลี่ย ดังนั้น ผู้สูงอายุบางรายจึงประสบปัญหาการขาดผู้ดูแล เพราะลูกของตนได้ตายไปแล้ว ทำให้ภาระในการดูแลต้องตกทอดไปถึงคนรุ่นหลาน
- 4) ได้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้สูงอายุเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นจำนวนมาก ที่ต้องการจะไปอยู่ตามบ้านพักพิงหรือสถานสงเคราะห์คนชราที่รัฐจัดให้
- 5) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของคนรุ่นใหม่ ที่มีต่อผู้สูงอายุที่น่าเป็นห่วง จากการศึกษาทัศนคติของเด็กที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบระหว่างเด็กนักเรียนชั้นมัธยมและชั้นประถม พบว่า เด็กนักเรียนชั้นมัธยมจะมีทัศนคติในทางลบมากกว่าเด็กนักเรียนชั้นประถม (Nakano I และคณะ, 1993 ใน Annual Report, 1994)

จากสาเหตุสำคัญที่กล่าวมาข้างต้นได้แสดงให้เห็นว่า สถาบันครอบครัวไม่สามารถให้การเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุได้เพียงลำพัง จึงจำเป็นจะต้องมีการระดมทรัพยากรต่าง ๆ จากภายนอกครอบครัว ให้เข้ามามีส่วนช่วยในการให้บริการทางด้านการดูแลสุขภาพและสวัสดิการ แก่ผู้สูงอายุที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ รัฐจึงจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้

5. ระบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยรัฐ

เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจในบั้นปลายของชีวิต ประเทศญี่ปุ่นได้จัดให้มีระบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในหลายระดับและหลายลักษณะ ซึ่งดำเนินการทั้งโดยภาครัฐและภาคเอกชน ดังนี้

5.1 โครงสร้างของการดำเนินงานบริการ

การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ซึ่งจะดูแลเกี่ยวกับด้านรายได้ สุขภาพ การบริการทางการแพทย์และสวัสดิการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ ระดับชาติ และระดับท้องถิ่น ในระดับชาตินั้นกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้จัดตั้งหน่วยงานชื่อ “The Department of Health and Welfare for the Elderly” เพื่อรับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การบริการด้านการรักษาและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในลักษณะของการผสมผสาน ทั้งนี้ เพื่อแก้ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีหลากหลายแตกต่างกัน ส่วนในระดับท้องถิ่นนั้นได้มีการตั้งหน่วยงานระดับ Departments และ Sections ขึ้นในแต่ละจังหวัด แต่ละเทศบาล หรือเมืองขนาดเล็ก และแต่ละหมู่บ้าน เพื่อรับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ การรักษายาบาลและสวัสดิการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้วางแผนและให้บริการพื้นฐาน รวมทั้งการบริการพิเศษตามความจำเป็นของแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้ ศูนย์สวัสดิการของชุมชนในแต่ละแห่ง ยังอยู่ในฐานะเป็นหน่วยงานสนาม ขณะเดียวกันก็มีส่วนร่วมรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการบริการ

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นองค์กรเอกชน (NGO) จึงได้เข้ามามีบทบาทในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุด้วย ปรากฏว่า NGO เข้ามาเสริมในส่วนที่รัฐไม่สามารถดำเนินการได้ กิจกรรมที่ NGO ทำจึงมีลักษณะแตกต่างจากกิจกรรมของหน่วยงานรัฐ ทำให้การให้สวัสดิการมีความยืดหยุ่นมากขึ้น สำหรับการให้สวัสดิการที่ดำเนินงานโดย NGO ได้แก่

- 1) การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น สถานพักฟื้น (Nursing Homes)
- 2) กลุ่มอาสาสมัครทำกิจกรรมต่าง ๆ (ในเดือนกันยายนปี 1989 มีสมาชิกถึง 3.9 ล้านคน)
- 3) สภาสวัสดิการสังคมที่มีประชาชนเป็นอาสาสมัคร สภาดังกล่าวมีการจัดตั้งทั้งในระดับจังหวัด เทศบาล ตำบล และหมู่บ้าน
- 4) ชมรมผู้สูงอายุที่มีอาสาสมัครเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยกันดูแลสุขภาพของกลุ่มตนให้มีสุขภาพดีขึ้นและมีชีวิตยืนยาวขึ้น (ในปี 1989 มีชมรมดังกล่าวถึง 130,000 แห่ง)

5.2 มาตรการสำหรับผู้สูงอายุ

รัฐบาลญี่ปุ่นได้สร้างมาตรการต่าง ๆ เพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุดังนี้

5.2.1 ระบบบำนาญ

ประเทศญี่ปุ่นได้มีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนอยู่ในระบบบำนาญ ดังนั้น ในปี 1961 รัฐบาลจึงได้ประกาศใช้ระบบการให้บริการทางการแพทย์และระบบบำนาญ (System of medical services and pension insurance) สำหรับคนทั้งชาติขึ้นเป็นครั้งแรก หลังจากนั้น ก็ได้มีการปรับปรุงระบบนี้อีกหลายครั้งจนกระทั่งปัจจุบันนี้ อาจกล่าวสรุปได้ว่าระบบบำนาญของประเทศญี่ปุ่นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ

- (1) National Pension Scheme จัดเป็นระบบบำนาญพื้นฐานสำหรับคนญี่ปุ่นทุก ๆ คนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
 - (2) Employees' Pension and Seamen's Insurance จัดเป็นระบบบำนาญสำหรับลูกจ้างหรือพนักงานของบริษัทหรือหน่วยงานเอกชน
 - (3) Mutual Aid Association จัดเป็นระบบบำนาญสำหรับข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ
- นอกจากนี้ ทั้งลูกจ้างเอกชนและลูกจ้างรัฐทุกคนยังต้องเข้าอยู่ในระบบบำนาญพื้นฐาน หรือ National Pension Scheme อีกด้วย

การที่รัฐบาลบังคับให้ทุกคนต้องเข้าอยู่ในระบบบำนาญก็เพราะมีความเชื่อว่า ระบบบำนาญจะช่วยแก้ปัญหาทางการเงินให้แก่ผู้สูงอายุที่ทำงานไม่ได้แล้ว ดังนั้น จึงได้มีการกำหนดอายุที่คาดว่าคนยังมีความสามารถที่จะทำงานได้ ซึ่งในอดีตได้กำหนดไว้ 55 ปี สำหรับภาคเอกชน และ 60 ปี สำหรับภาครัฐ แต่เนื่องจากคนญี่ปุ่นโดยเฉลี่ยมีอายุยืนขึ้น ดังนั้น จึงได้มีการยืดอายุเกษียณออกไปมากกว่า 60 ปี เช่น อาจจะเป็น 63 ปี หรือ 65 ปี แล้วแต่ข้อกำหนดของหน่วยงานแต่ละแห่งโดยที่ยังมิได้เป็นการบังคับในขณะนี้ รัฐบาลเป็นเพียงแต่เสนอโครงการให้ความช่วยเหลือบางลักษณะแก่บริษัทที่ยังคงจ้างพนักงานที่มีอายุมากกว่า 55 ปี และ/หรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แต่เป็นที่คาดว่าหลังจากปี 2010 เป็นต้นไป รัฐบาลจะกำหนดอายุเกษียณเป็น 65 ปี และใช้บังคับกับระบบบำนาญทั้งหมด (JARC, 1994 หน้า 65-66) หลังจากเกษียณอายุแล้วจึงจะมีสิทธิได้รับเงินบำนาญ สำหรับปัจจุบันนี้ผู้ที่ลาออกจากการงานหรืออาจจะเป็นเพราะบริษัทให้ออก (สำหรับบางบริษัทที่ยังคงกำหนดอายุเกษียณไว้ 60 ปี) จะยังคงไม่ได้รับบำนาญจนกว่าจะมีอายุ 65 ปี ดังนั้น จึงทำให้อาจารย์มหาวิทยาลัยของรัฐเป็นจำนวนไม่น้อยที่ลาออกจากการงานก่อนเกษียณอายุสัก 2-3 ปี เพื่อไปทำงานให้กับมหาวิทยาลัยเอกชน และสามารถสอนหนังสือได้ต่อไปจนถึงอายุ 63 หรือ 65 ปี จึงจะเกษียณอายุ (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์อาจารย์มหาวิทยาลัย Chuo)

5.2.2 ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

เนื่องจากรัฐบาลญี่ปุ่นได้มีเป้าหมายที่จะให้ ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ในปี 1961 จึงได้ริเริ่มระบบประกันการดูแลสุขภาพขึ้น พอมาในระยะหลังที่ญี่ปุ่นมีผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้รัฐบาลต้องเตรียมการสำหรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต จึงได้มีการประกาศใช้ระเบียบที่เรียกว่า “the Health and Medical Care System for the Elderly” ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งระเบียบนี้ได้มีหลักการเบื้องต้นอยู่ที่การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และได้จัดตั้งระบบที่จะทำให้คนทั้งชาติเข้ามาช่วยแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งมาตรการที่จะส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยที่ระบบใหม่นี้ยังคงอยู่บนพื้นฐานของระบบประกันที่มีอยู่

ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้น ได้จัดให้มีการให้บริการที่ควบคู่ไปกับโครงการที่มีอยู่ในระดับเทศบาล เมืองขนาดเล็ก และหมู่บ้าน คือ

(1) การให้บริการทางด้านการแพทย์

สำหรับการให้บริการด้านการแพทย์ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ดังนี้

- ผู้เข้ารับบริการ : ได้แก่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และ/หรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปป่วยและต้องนอนอยู่บนเตียง (bed-ridden)
- ค่าใช้จ่ายที่กำหนดให้คนไข้ต้องร่วมจ่ายด้วย :
 - 800 เยนต่อเดือนสำหรับคนไข้นอก และ
 - 400 เยนต่อวันสำหรับค่าโรงพยาบาล
- ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายร่วมกัน : ภายใต้กฎหมายที่ให้อยู่ในขณะนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หลังจากหักส่วนที่คนไข้ต้องจ่ายเองแล้ว ค่าใช้จ่ายส่วนเหลือจะต้องรับผิดชอบร่วมกันคือ ร้อยละ 70 หักจากค่าประกัน Medical Insurance ของแต่ละคน ส่วนอีกร้อยละ 30 ที่เหลือนั้น รัฐบาลระดับชาติและระดับท้องถิ่นเป็นผู้จ่าย

(2) การให้บริการทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากการบริการด้านการแพทย์ คือ

- จัดทำคู่มือสุขภาพ การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ
- จัดให้มีการตรวจสุขภาพ อบรมเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด คู่มือเกี่ยวกับการตรวจเยี่ยมสุขภาพที่บ้าน

ในส่วน of เครื่องมืออำนวยความสะดวกสำหรับการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุนั้น ได้มีการจัดตั้งเครื่องมือต่าง ๆ ไว้ตามโรงพยาบาลที่ส่วนใหญ่เน้นในด้านการรักษา พร้อมกันนั้นก็ได้มีการปรับปรุงกฎหมายชื่อ “the Health and Medical Services Law for the Aged” ในปี 1986 เป้าหมายของการจัดให้มีเครื่องอำนวยความสะดวก ก็เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียงหรือเกือบจะต้องนอนอยู่บนเตียง อันเนื่องมาจากเป็นโรคหรือไม่สบาย สามารถใช้เครื่องมือที่จัดเตรียมไว้ภายใต้คำแนะนำของพยาบาลและคณะที่ทำการรักษาพยาบาล ผู้เฝ้าไข้ พนักงานกายภาพบำบัด และการรักษาทางด้านยาที่จำเป็นต้องทำควบคู่กันไป เครื่องมือเหล่านี้ได้ช่วยให้คนแก่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสะดวก และสามารถปรับตัวเองให้เข้าได้กับความสามารถทางกายภาพที่ตนมีอยู่ในปัจจุบัน

5.2.3 ระบบสวัสดิการ

ในปี ค.ศ. 1963 ได้มีการออกพระราชบัญญัติชื่อ “the Welfare Law for the Aged” เพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมให้มาตรการสำหรับผู้สูงอายุได้บังเกิดผลในทางบวก รัฐบาลได้จัดให้มีการให้สวัสดิการที่สำคัญ ๆ แก่ผู้สูงอายุ มีทั้งการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้าน การให้บริการในลักษณะของหน่วยงาน และการให้บริการเพื่อสนับสนุนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในทางด้านธุรกิจก็เริ่มมีการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เรียกว่า “บริการสีเงิน (Silver Service)” สวัสดิการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุคือ

(1) การให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้าน (Domiciliary care service)

เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการที่จะอยู่กับลูกหลานที่บ้าน เพราะต้องการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย รวมทั้ง มีเพื่อนบ้าน และญาติพี่น้องที่อยู่ใกล้เคียงกัน ดังนั้น การจัดการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จึงควรจัดให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้ง เป็นการช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยรวมอยู่ด้วย ดังนั้น การให้บริการตามบ้านที่กำหนดให้มีขึ้นจึงประกอบด้วย

ก. การให้บริการผู้ช่วยตามบ้าน (Home helper service)

โดยการจัดส่งผู้ช่วยไปยังบ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย และ
ต้องการพยาบาลมาคอยช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ

ข. การให้บริการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน (Day-care service)

โดยให้ชุมชนจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันขึ้น และทาง
ศูนย์จะจัดรถออกไปรับผู้สูงอายุตามบ้านต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อนำมา
อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ พอตกเย็นจึงนำกลับไปส่งบ้าน

ค. การรับดูแลผู้สูงอายุเป็นการชั่วคราว (Temporary-stay service)

โดยจัดตั้งเป็นสถานพยาบาล (Nursing home) สำหรับให้การดูแล
ผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียง หรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
ให้อาศัยอยู่ที่ศูนย์เป็นการชั่วคราว ทั้งนี้ เพื่อลดภาระการดูแลของ
ครอบครัว

(2) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะสถาบัน (Institutional care)

ได้มีการจัดตั้งบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุขึ้นเพื่อให้บริการกับครอบครัว
ที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนได้ และตั้งแต่ปี
ประมาณ 1989 เป็นต้นมาที่รัฐบาลญี่ปุ่น ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสถาน
ที่สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เรียกว่า Care houses
รวมทั้งกำหนดให้แต่ละชุมชนมีมาตรการต่าง ๆ สำหรับปรับปรุงสิ่ง
อำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับความต้องการ
ของผู้สูงอายุ ในชุมชนนั้น ๆ และให้มีการผ่อนคลายเกี่ยวกับคุณสมบัติ
ของผู้สูงอายุที่มาจากสถานที่ห่างไกลที่ต้องการมาสมัครอยู่ใน Care
houses

(3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า (Promotion of
“Leading Worthwhile Lives”)

เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยังสามารถช่วยตนเองนั้นมักไม่
ค่อยได้รับความสนใจและการดูแลจากรัฐ ทั้ง ๆ ที่โดยความเป็นจริงแล้ว
ผู้สูงอายุเหล่านี้ ควรจะได้มีโอกาสในการเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่น ๆ
ในสังคมให้มากขึ้น เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้ต่างมีประสบการณ์ในการ
ทำงาน และประสบการณ์ในชีวิตที่มีประโยชน์ต่อสังคม ถ้าหากว่าให้มี

โอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ริเริ่มให้มีการปรับปรุงโครงสร้างของสังคม ในปี ค.ศ. 1989 ได้มีการก่อตั้งมูลนิธิสำหรับพัฒนาสังคมของประชาชนผู้สูงอายุ (The Foundation of Social Development for Senior Citizens) ในระดับชาติขึ้น และได้จัดตั้งหน่วยงานสำหรับส่งเสริม ความมีอายุยืนให้เฟื่องฟูขึ้นในระดับท้องถิ่น หน่วยงานดังกล่าวจะต้องทำงานเกี่ยวกับการกระตุ้นให้สังคมได้รับรู้ถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ และการเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ให้มีการสร้างกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้ง สร้างผู้นำของกลุ่มผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น

(4) การให้บริการสีเงิน (Silver service)

เพื่อให้ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุที่นับวันจะทวีจำนวนเพิ่มมากขึ้นให้ได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงที จำเป็นจะต้องให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการสร้างการบริการที่มีคุณภาพควบคู่ไปกับการปรับปรุงมาตรฐานของรัฐให้มีคุณภาพสูงขึ้น จากแนวคิดดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม จึงได้จัดเตรียมคู่มือสำหรับการสร้างอุตสาหกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ธุรกิจการให้บริการแก่ผู้สูงอายุนั้นจะมีคุณภาพดี นอกจากนี้ ทางรัฐบาลยังกำหนดให้มีมาตรการที่จะเอื้อต่อการประกอบธุรกิจดังกล่าว อาทิเช่น การสนับสนุนทางการเงิน โดยการให้เอกชนกู้ยืมเงินปลอดดอกเบี้ยมาลงทุน รวมทั้งให้มีการดเว้นภาษีสำหรับธุรกิจดังกล่าวเพื่อเป็นการจูงใจผู้ประกอบการ

6. การปรับปรุงระบบการให้สวัสดิการ และการบริการทางด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาล

เพื่อเป็นการเตรียมรับมือกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการจึงได้เสนอให้มีการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุและระเบียบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นโยบายที่สำคัญคือ การพยายามผสมผสานระหว่างการให้บริการถึงบ้านแก่ผู้สูงอายุ กับการให้บริการที่สถานบริการของรัฐทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับชาติ ได้มีการเสนอหลักการที่สำคัญ 3 ประการคือ

1) สร้างระบบส่งพยาบาลออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้าน (Home visit nursing system) โดยการจัดส่งพยาบาลของศูนย์ ออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียง (bed-ridden) และอยู่ภายใต้การดูแลของสมาชิกภายในบ้าน เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละครัวเรือน ขณะเดียวกันก็เป็นการลดความต้องการใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐลง

2) ให้มีการเพิ่มงบประมาณของรัฐ

ได้เสนอให้มีการเพิ่มงบประมาณของรัฐบาลจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 50 สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น

3) ให้มีการทบทวนค่าใช้จ่ายในส่วนที่คนไข้ต้องร่วมจ่าย

ได้มีการเสนอให้เพิ่มค่าใช้จ่ายที่คนไข้ต้องร่วมจ่าย โดยเพิ่มจาก 800 เยนต่อเดือน เป็น 1,000 เยนต่อเดือน สำหรับคนไข้นอก และเพิ่มจาก 400 เยนต่อวันเป็น 800 เยนต่อวันสำหรับคนไข้ใน และเพื่อให้การปรับปรุงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง ได้เสนอให้มีการเปลี่ยนอัตราของ การเก็บค่าบริการทางการแพทย์เป็นหน่วยละ 10 เยน ตามระบบการร่วมรับผิดชอบในค่ารักษาพยาบาล

7. แผนทองและแผนการดูแลสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ (“Golden Plan” and “Health and Welfare Plan”)

ในทศวรรษสุดท้ายของศตวรรษที่ 20 นี้ รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดเป้าหมายให้มีการปรับปรุงสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ให้บังเกิดผลอย่างจริงจัง ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการจึงได้จัดทำแผนเพื่อการนี้ ในปี ค.ศ. 1989 ชื่อว่า “Ten Year Strategy for the Aging Society of the 21st Century” หรือเรียกย่อ ๆ ว่า “Gold Plan” โดยแผนดังกล่าวได้เริ่มใช้มาตั้งแต่ปี 1990 ซึ่งได้กำหนดยุทธวิธีของแผนทองไว้ดังนี้

1) ให้มีการปรับปรุงมาตรการการให้สวัสดิการกระจายไปยังบ้านเรือนราษฎรอย่างรวดเร็ว

ด้วยเหตุที่ต้นศตวรรษหน้าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากมายนั่น ย่อมเป็นการยากที่รัฐจะดำเนินการดูแลผู้สูงอายุอย่างที่เคยทำมาในอดีต จึงจำเป็นที่จะต้องให้สถาบันครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ และเพื่อเป็นการช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดำเนินการดูแลผู้สูง

อายุได้ง่ายขึ้น รัฐบาลจึงจำเป็นต้องสร้างมาตรการบางอย่างขึ้นมาช่วยเสริม ซึ่งได้แก่ การจัดให้มีสวัสดิการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้าน ได้ตั้งเป้าหมายว่าเมื่อถึงปี 2000 จะต้องมี

- ผู้ช่วยตามบ้าน (Home helpers) 10,000 คน
- ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุเป็นการชั่วคราว (Temporary stay facilities) 50,000 เตียง
- ศูนย์ให้บริการตอนกลางวัน (Day service centers) 10,000 แห่ง
- ศูนย์ให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้าน (Domiciliary care support centers) 10,000 แห่ง

นอกจากนั้น ให้มีการสร้างชุมชนสวัสดิการขึ้นในชุมชนที่มีคนอยู่ 50,000 คน หรือน้อยกว่าทั้งในระดับเทศบาล เมืองขนาดเล็ก และหมู่บ้าน

2) ส่งเสริมให้มีการรณรงค์ให้คนที่ต้องนอนอยู่บนเตียง (Bed-ridden) หดไป

วิธีการก็โดยการจัดให้มีการอบรมการทำกายภาพบำบัด และระบบการส่งข้อมูลจากสมอง ซึ่งในการนี้จำเป็นต้องมีพยาบาลจำนวนมาก เข้ามารับการอบรมก่อนจะไปทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การทำกายภาพบำบัด จะเป็นการช่วยป้องกันมิให้ผู้สูงอายุต้องนอนอยู่บนเตียง

3) จัดตั้งกองทุนชื่อ “the Long-life Social Welfare Fund” สำหรับปรับปรุงสวัสดิการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้าน

กองทุนที่จัดตั้งนี้มีเงินทุนถึง 70 พันล้านเยน เพื่อสนับสนุนสวัสดิการของผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน โครงการบริการรักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามบ้าน รวมตลอดไปถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีจุดหมาย

4) จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิตเพื่อเป็นสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ โดยตั้งเป้าหมายว่า ในปี ค.ศ. 2000 จะต้องมี

- บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มี 240,000 เตียง
- เครื่องอำนวยความสะดวกทางด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 280,000 เตียง
- ผู้ดูแลตามบ้าน 100,000 คน
- ศูนย์ให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย 400 ศูนย์

- 5) ส่งเสริมให้มีมาตรการในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย โดยการสนับสนุนให้หน่วยงานระดับท้องถิ่น จัดตั้งองค์กรเพื่อสร้างสังคมรูปแบบใหม่สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายและมีสุขภาพดี
- 6) จัดตั้งโครงการ 10 ปี เพื่อสนับสนุนงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการมีอายุยืน โดยการสร้าง “The National Scientific Research Center on Longevity” พร้อมทั้งจัดหาเงินทุนเพื่อนำมาสนับสนุนงานวิจัย
- 7) จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ เรียกว่า “Home town 21” ซึ่งเป็นโครงการสร้างชุมชนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในส่วนนี้จะให้เอกชนเข้ามาดำเนินการ โดยรัฐจะให้ความสนับสนุนด้านต่าง ๆ

โครงการทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเป้าหมายที่รัฐบาลวางแผนว่าจะทำให้สำเร็จภายในทศวรรษนี้ และได้ตั้งงบประมาณไว้ทั้งหมดถึง 6 ล้านล้านเยน

8. ข้อสรุป

ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อาจสรุปเป็นภาพรวมอย่างกว้าง ๆ ได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นได้เริ่มให้มีการดูแลผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1955 จนกระทั่งปัจจุบันนี้ ทำให้ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นมีชีวิตความเป็นอยู่ที่สะดวกสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในแง่ของสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาล ได้มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดียิ่งขึ้น กล่าวได้ว่า ญี่ปุ่นเป็นประเทศเดียวในเอเชียขณะนี้ที่คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเยี่ยม แต่ภายใต้ความพรั่งพร้อมทางวัตถุนั้น กลับปรากฏว่า ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นได้เริ่มประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากขาดการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน สภาพการแข่งขันทางเศรษฐกิจทำให้ทุกคนต้องทุ่มเวลาให้กับการทำงาน นอกจากนี้ ค่านิยมทางสังคมแบบตะวันตกที่เน้นให้ความสำคัญกับระบบความสัมพันธ์แบบเครือญาติ กำลังจะค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงไป หนุ่มสาวญี่ปุ่นรุ่นใหม่เริ่มยอมรับค่านิยมแบบสังคมตะวันตกมากขึ้น โดยเฉพาะเด็กรุ่นใหม่ ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างไม่ต้องสงสัย ดังนั้น นโยบายใหม่ของรัฐบาลที่จะพยายามทำให้สถาบันครอบครัวกลับเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะรัฐคงจะไม่สามารถดำเนินการได้ตามลำพัง จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของรัฐบาลญี่ปุ่นในอนาคตที่น่าสนใจติดตามศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Japan Aging Research Center (1994) **Aging in Japan** Tokyo, Japan.

Okazaki, Yoichi et.al. (1990) **Responding to the Needs of An Aging Society** Foreign Press Center, Japan.

Tanada, Hirofumi et al. (1996) **Quality of Life of the Japanese Elderly : The Case of Tokorazawa** Paper Presented in International Symposium on Aging People in Transition, 14-15 November, 1996; Advanced Research Center for Human Sciences, Waseda University, Tokyo, Japan.

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (1994), "Annual Report 1994" Tokyo, Japan.

United Nations (1991) **Population Aging in Asia** Asian Population Studies Series No. 108, New York, USA.

ไทย-ญี่ปุ่นศึกษา

เจ้าของ

โครงการญี่ปุ่นศึกษา สถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ศึกษา
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สนับสนุนโดย

มูลนิธิญี่ปุ่น สำนักงานประจำกรุงเทพฯ

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.เมธี ครองแก้ว, Mr. J. Komatsu

บรรณาธิการ

ผศ.ยุพา คลังสุวรรณ, รศ.ไว จามรมาน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.สมศักดิ์ เต็มบุญเลิศชัย, รศ.ดร.มารีสา พงษ์อนันตกิจ
รศ.กมล ฉายาวัฒนะ, นางสาวศุภลักษณ์ พรกุลวัฒน์
นางสาวสมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์

ศิลปกรรม

อรัญ วะลี

ออกแบบปก

อรัญ วะลี

สำนักงาน

โครงการญี่ปุ่นศึกษา สถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ศึกษา
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รังสิต ปทุมธานี
โทร. 5160040-2, 5164967-9

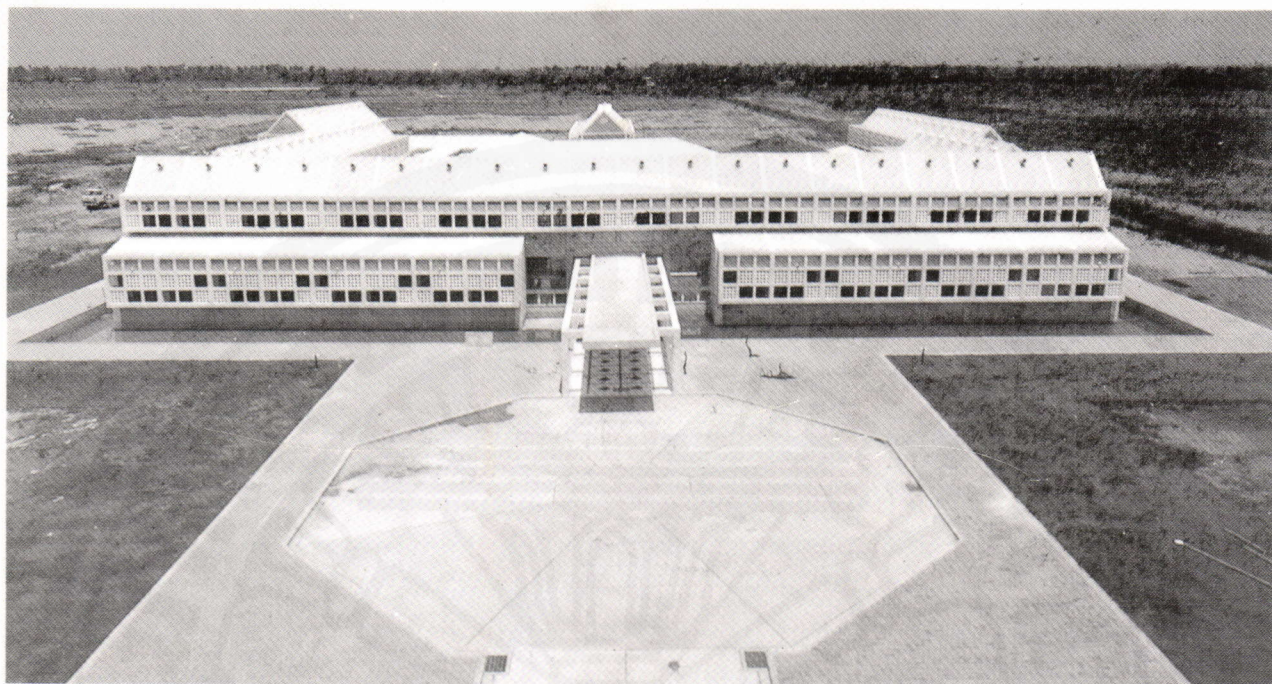
จัดจำหน่าย

ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โทร. 2216111 ต่อ 4190-4

พิมพ์ที่

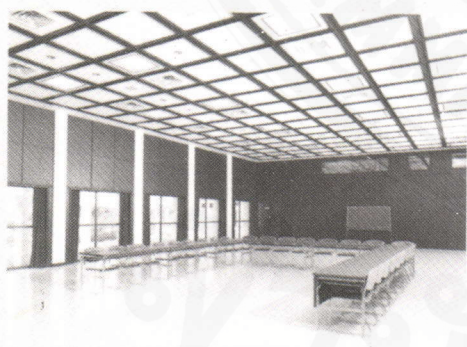
บริษัท เปเปอร์ บ็อกซ์ (ประเทศไทย) จำกัด
โทร. 5194676-80 แฟกซ์ 5101694
มูลนิธิญี่ปุ่น สำนักงานประจำกรุงเทพฯ
159 อาคารเสริมมิตร ชั้น 10 สุขุมวิท 21 ถ.อโศก กทม.10110
โทร. 2608560-4

*An Ideal Place for Seminars with Warm
Welcome In A Japanese Atmosphere*

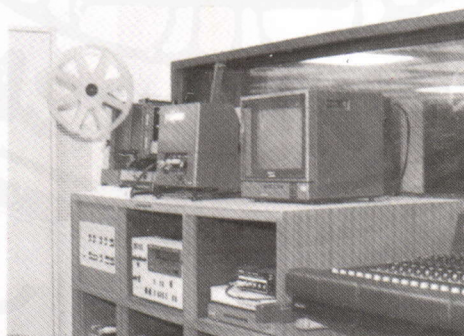


AT
JAPANESE STUDIES CENTER

THAMMASAT UNIVERSITY
RANGSIT CAMPUS



Conference room



A.V. Room



Japanese garden

Facilities include main conference room, four seminar rooms,
recreational lounge, dining room and 30 twin - bedrooms with private baths.

FOR RESERVATION OR MORE INFORMATION, PLEASE CONTACT :

JAPANESE STUDIES CENTER
INSTITUTE OF EAST ASIAN STUDIES
THAMMASAT UNIVERSITY, RANGSIT CAMPUS
TEL. 5160040 - 2, 5164967 - 9